

# Influencia cultural en prácticas de lactancia materna

Autores: Orellana Morales, Sergio\*; Postigo Pelayo, Andrea\*; Pérez Rosado, Ana\*\*; Priego Salas, Lidia\*\*,

\*Graduados en Enfermería de la Universidad de Málaga.

\*\*Graduados en Enfermería.

## Resumen

**Justificación:** La lactancia materna es de suma importancia para la salud de los niños y las niñas. Actualmente menos del 50% de los lactantes reciben lactancia materna exclusiva. Existen barreras físicas, culturales y emocionales que dificultan esta práctica y comprender las diferencias culturales es esencial para promover la lactancia.

**Material y método:** Se llevó a cabo una revisión de la literatura sobre las diferencias culturales en lactancia materna, utilizando PUBMED y WOS como bases de datos, de la cuales se obtuvieron 21 estudios de calidad. Los estudios seleccionados fueron de tipo cualitativo, observacional y de revisión, publicados a partir de 2020. No se excluyeron estudios según la cultura, pero se incluyeron únicamente mujeres sanas y bebés lactantes de cualquier edad.

**Resultados:** Las prácticas de lactancia materna se vieron influidas por la cultura y el entorno socioeconómico de cada país. Existieron factores positivos que influyen en esta práctica y negativos. Los profesionales sanitarios y la instauración de políticas que apoyen esta práctica eran fundamentales para el fomento de la misma. Por otro lado, los ingresos y el nivel educativo incidieron en la duración y exclusividad de la lactancia.

**Conclusión:** La lactancia materna se ve influenciada por diferentes aspectos culturales, así como por políticas y programas de promoción. El papel del profesional sanitario resulta ser de suma importancia y el nivel del desarrollo de cada país incide significativamente en las decisiones de lactancia materna.

**Palabras clave:** lactancia materna, lactancia materna complementaria, países en desarrollo, promoción de salud alimentaria y nutricional.

## Abstract:

**Justification:** Breastfeeding is of paramount importance for children's health. Currently, less than 50% of infants receive exclusive breastfeeding. There are physical, cultural, and emotional barriers that hinder this practice, and understanding cultural differences is essential to promote breastfeeding.

**Material and method:** A literature review was conducted on cultural differences in breastfeeding, using PUBMED and WOS as databases, from which 21 high-quality studies were obtained. The selected studies were qualitative, observational and review studies, published from 2020 onwards. Studies were not excluded based on culture, but only healthy women and breastfeeding infants of any age were included.

**Results:** Breastfeeding practices were influenced by the culture and socioeconomic environment of each country. There were positive factors influencing this practice and negative factors. Healthcare professionals and the implementation of policies supporting this practice were essential for its promotion. Additionally, income and educational level influenced the duration and exclusivity of breastfeeding.

**Conclusion:** Breastfeeding is influenced by different cultural aspects, as well as by promotion policies and programs. The role of healthcare professionals proves to be of paramount importance, and the level of development of each country significantly impacts breastfeeding practices.

**Keywords:** breastfeeding, complementary feeding, developing countries, food and nutritional health promotion.

## Introducción

La alimentación con leche materna es una poderosa herramienta para asegurar la salud y bienestar de los lactantes; sin embargo, menos del cincuenta por ciento se alimentan exclusivamente de leche materna <sup>1</sup>. La lactancia

materna es la mejor forma de alimentar a los neonatos, pues les proporciona todos los nutrientes y la energía necesarios <sup>2</sup>. La leche materna contiene anticuerpos que los protegen de enfermedades características de la infancia <sup>1</sup>,

lo que reduce sus necesidades médicas<sup>3</sup>. Reduce la diarrea y la desnutrición en recién nacidos<sup>4</sup>, así como la morbilidad y la mortalidad<sup>2</sup>.

La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida es de suma importancia, pues proporciona protección de la salud y la vida de los recién nacidos. Reduce la incidencia de diversas enfermedades relacionadas con el sistema inmunitario, como son la enfermedad celíaca o el asma<sup>5</sup>. Protege del síndrome de muerte súbita del lactante y de la enfermedad de Crohn y el síndrome del intestino irritable<sup>6</sup>. Además, algunos estudios concuerdan en que existe una protección frente al coronavirus<sup>7</sup>.

Los bebés amamantados durante al menos tres meses o durante dos semanas después del parto, con lactancia materna de manera exclusiva, poseen menor riesgo de padecer diabetes mellitus tipo uno y dos<sup>8</sup>. También protege de infecciones renales agudas y de posibles picos de fiebre<sup>9</sup>.

Para algunas mujeres la lactancia puede presentar desafíos, pero muchos de ellos pueden ser abordados con tratamientos y siguiendo una serie de recomendaciones<sup>10</sup>. Algunos de los problemas que las madres pueden enfrentar al decidir amamantar incluyen dificultades en la succión mamaria por parte del bebé, mastitis o ingurgitaciones mamarias. Sin embargo, a pesar de estos inconvenientes, la lactancia ofrece beneficios significativos<sup>11</sup>, pues no deben cargar con los gastos que conlleva la lactancia artificial y el tratamiento de posibles enfermedades provocadas por estos productos<sup>12</sup>. La salud mental también juega un papel significativo en la lactancia, ya que es común experimentar estrés o ansiedad durante este periodo<sup>13</sup>. Por todos estos motivos, es importante, una vez se conoce el estado de embarazo, que la mujer se prepare y conozca qué circunstancias pueden ser más favorables o menos favorables durante este periodo.

Es necesario conocer que la lactancia es un proceso totalmente natural que no requiere de ningún tipo de intervención externa. Sin embargo, esta se ve influenciada por una serie de creencias, actitudes y percepciones culturales<sup>14</sup>. Se puede observar cómo existen diferencias en las culturas existentes. En Gambia, África, casi el 98% de los bebés fueron amamantados alguna vez en su vida, pero solo el 47% de los menores de seis meses continuaron con esta práctica<sup>15</sup>. Por otro lado, en EEUU ya existen iniciativas para que la población conozca las ventajas de la lactancia materna, sin embargo, solo el 25,6% recibe lactancia materna exclusiva durante los

primeros seis meses de vida<sup>16</sup>. En dos continentes completamente distintos, ya se pueden apreciar discrepancias en la práctica de la lactancia materna.

Con la finalidad de profundizar en este tema, se utilizó como objetivo principal, analizar los factores culturales que ejercen influencia sobre la práctica de la lactancia materna, y como objetivos secundarios, comparar las prácticas de lactancia materna entre diferentes grupos culturales, identificar el papel de los profesionales sanitarios en la promoción de la lactancia materna y analizar cómo el nivel de desarrollo de un país incide en las prácticas de lactancia materna.

## Material y método

Para la realización de este trabajo se llevó a cabo una revisión de la literatura disponible sobre la lactancia y las diferentes culturas existentes para poder comparar similitudes o posibles diferencias, además de métodos de promoción y conocimiento sobre este campo.

En primer lugar, se efectuó una búsqueda general del tema tratado con el objetivo de conocer la información disponible al respecto, evaluar la relevancia de esta temática y contar con suficiente información para afrontar la introducción de la revisión.

Una vez realizada esta primera búsqueda, se llevó a cabo un registro en las bases de datos PUBMED y WOS y se filtró con estas palabras clave: "Breastfeeding", "Culture", "Breastfeed", "Underdeveloped countries", "Lactancia materna", "Promoción", "Promotion", "Countries", "Program" y "Cultural", utilizando las siguientes combinaciones: "Breastfeeding AND Culture", "Breastfeed AND Underdeveloped countries", "Breastfeed AND Underdeveloped countries AND Culture", "Lactancia materna AND Promoción", "Breastfeed AND Promotion AND Countries", "Breastfeed AND Program AND Cultural", "Breastfeed "AND "Benefits" AND "Mothers", "Breastfeeding AND Cross-Cultural".

Para realizar las búsquedas en las bases de datos se utilizaron las herramientas de búsqueda avanzada, utilizando las palabras claves anteriormente mencionadas. Se eligieron estudios tanto en español como en inglés y los elegidos fueron de tipo cualitativo, observacionales de tipo cohortes y transversales y revisiones. Por otro lado, se estableció como límite de tiempo artículos publicados de 2020 en adelante. No se establecieron criterios de exclusión relacionados con la cultura para tener un enfoque más general. Sin embargo, el

proyecto se limitó únicamente a la lactancia materna en mujeres sanas, sin límite de edad e independientemente de que fueran primíparas o multiparas. En cuanto a los bebés, se fijó como límite a los bebés que lactan, sin importar la edad.

Una vez realizada la búsqueda de los estudios, con los criterios mencionados, se llevó a cabo un proceso de selección centrado en los títulos. Posteriormente, se filtraron los estudios seleccionados a través de una lectura de los resúmenes y una evaluación de la calidad con la herramienta CASPe, según sea el estudio de casos y controles, cohortes, cualitativo o se trate de una revisión. Todos los que se evaluaron con la herramienta CASPe, excepto un estudio, que era observacional transversal, que se evaluó con la herramienta STROBE. Se consideró que cada estudio evaluado por la herramienta CASPe, debía cumplir un mínimo de 8 ítems para ser considerado como de calidad.

## Resultados

### Prácticas de lactancia materna en distintos grupos culturales

A través de un análisis de diversos estudios, se comprobó que la actitud respecto a la lactancia materna difería según la cultura de cada país.

Una revisión sistemática con metaanálisis, realizada en Arabia Saudí, confirmó que gran parte de las mujeres tenían una actitud positiva respecto a esta práctica, aunque la mayoría apoyaba conjuntamente el uso de la leche de fórmula<sup>17</sup>. En las Islas Marshall se llevó a cabo un estudio de tipo cualitativo en el que se enfatizó el uso de leche materna y la leche de fórmula de forma combinada<sup>18</sup>.

Por otra parte, en los Ángeles, se realizó un estudio prospectivo en el que se compararon dos grupos, los que tomaban lactancia materna exclusiva y los que no. Se demostró que los lactantes que tenían padres no hispanos y de habla inglesa, eran más propensos a recibir lactancia materna de forma exclusiva<sup>19</sup>.

En cuanto a las mujeres sirias con estatus de refugiada, se informó que la mayoría, específicamente el 83,5%, intentó amamantar, el 68,6% continuó amamantando en los primeros 4 meses y el 12,9% en el sexto mes<sup>20</sup>. Las madres sirias, al igual que las de Gambia, daban mucho valor al descanso, por lo que no eran partidarias de dar el pecho por la noche<sup>21</sup>.

Respecto a un análisis realizado en los datos del PRAMS (el Sistema de Evaluación y Monitoreo de Riesgos en el Embarazo), se pudo enfatizar que el 88% de las mujeres confirmaron haber amamantado. La mayoría de los grupos étnicos informaban que habían amamantado en altos

porcentajes (89-100%), aunque las mujeres negras y las indias americanas aseguraban que lo habían hecho en menor proporción, 77% y 82%, respectivamente<sup>22</sup>.

En un estudio comparativo de las prácticas de lactancia materna entre mujeres estadounidenses con residencia en Estados Unidos, mujeres mexicanas con residencia en Estados Unidos y mujeres mexicanas con residencia en México, informó que el 86% de las mujeres inició la lactancia materna durante su estancia en el hospital, siendo las tasas más altas entre las mujeres mexicanas con residencia en México (94%)<sup>23</sup>.

Por otro lado, un estudio informó que la cultura y la religión ejercían una influencia importante en las prácticas de lactancia materna en mujeres afroamericanas. Existían también factores que inducían a prácticas negativas como son el uso de redes sociales y factores como el estrés, el racismo y la vergüenza<sup>24</sup>.

El tiempo entre el nacimiento y el comienzo de la lactancia en Kenia variaba. Los que nacieron en un hospital esperaban hasta una hora más tarde del postparto para comenzarla. Aquellos que nacieron en dispensarios locales eran dados de alta a la hora o a las dos horas, por lo que hasta que no llegaban a casa no practicaban la lactancia, y, por último, los que lo hacían en casa la comenzaban en la primera hora tras el parto<sup>25</sup>.

Por otra parte, madres de Accra en Ghana, pensaban que, tomando sopa de maní o de palma, puré de Kenkey y frutas ayudaban a fomentar la producción de leche<sup>26</sup>. Las mujeres africanas pensaban que los llantos de los bebés estaban relacionados con el deseo de comer otro tipo de alimentos<sup>27</sup>. Muchas mujeres africanas tomaban unos alimentos llamados “Mbaha” y “Domoda” que, según sus tradiciones, aumentaban la producción de leche<sup>28</sup>. En culturas africanas, dadas sus tradiciones, era muy común que las madres dieran agua a los bebés porque consideraban que necesitaban hidratarse de otra manera que no fuera únicamente con leche<sup>29</sup>. Sin embargo, en Kinshasa había ideas contradictorias en si hacerlo o no, e incluso algunas madres mezclaban la leche materna con agua<sup>30</sup>.

Las tasas más altas de lactancia materna dentro de la primera hora del nacimiento se dieron en Brunei Darussalam, Omán y Luxemburgo, mientras que las tasas más bajas se dieron en Kuwait, Italia y Corea<sup>31</sup>.

### El papel de los profesionales sanitarios en la promoción de la lactancia materna

El rol del personal sanitario también supuso

una importante influencia en las prácticas de lactancia materna en diversos países.

En la comunidad rural Navajo de Utah, el 89% tuvieron su parto en un hospital, el 92% recibieron información respecto al amamantamiento de su bebé y el 72% recibió información de los beneficios de esta práctica<sup>32</sup>.

Por otra parte, en un estudio cualitativo realizado en Gambia, se estudió la existencia de una creencia respecto a la indispensabilidad del agua para la supervivencia de los niños y niñas y se mencionó que incluso el personal sanitario les proporciona agua<sup>29</sup>.

Un estudio comparativo de las políticas y programas de promoción de lactancia materna en Burkina Faso, México, Filipinas y Estados Unidos, destacó los siguientes aspectos de cada país:

- En Burkina Faso destacaron las iniciativas "Stronger with Breast milk Only" y el programa "Groupes d'Apprentissage et de Suivi des Pratiques optimales d'Alimentation".
- En México también hubo un aumento en la tasa de lactancia materna exclusiva en los últimos diez años. Se pudo destacar iniciativas como la Estrategia Integrada para la Atención a la Nutrición y la Estrategia Nacional de Lactancia Materna.
- En Filipinas destacaron programas como "Unang Yakap" o "El Primer Abrazo".
- Por último, en Estados Unidos destacó el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres y Bebés<sup>33</sup>.

También destacó un programa llamado "Breastfeeding Heritage and Pride", enfocado en la promoción de la lactancia materna en poblaciones con ingresos bajos y minorías raciales de Connecticut y Massachusetts. Este programa se basó en la contratación de una serie de consejeros (normalmente mujeres con experiencias positivas con la lactancia) que apoyaban a las mujeres embarazadas y en periodo de postparto<sup>34</sup>.

Por último, se destacó un estudio cualitativo llevado a cabo con una serie de entrevistas a madres entre 15 y 49 años y personal sanitario de la ciudad de Accra, en Ghana. Uno de los temas que se discutían eran las estrategias de mejora en la promoción de la lactancia materna, entre las que destacó una mejor educación sobre la misma, un mejor asesoramiento y seguimiento, control de la publicidad de fórmulas infantiles y la extensión de la licencia de maternidad<sup>26</sup>.

#### **Impacto del nivel de desarrollo de un país en**

#### **las prácticas de lactancia materna**

##### *Impacto del nivel educativo de las madres en la práctica y duración de la lactancia materna*

Todos los países no tenían el mismo acceso a niveles de educación ni tampoco gozaban de la misma situación financiera.

En estudios comparativos de Indonesia se observó que las madres que provenían de altos niveles educativos pero vivían en países de ingresos bajos o medios dejaban de amamantar antes y recurrían a fórmulas artificiales, al contrario de las que trabajaban fuera del sector agrícola<sup>35</sup>.

En otras investigaciones llevadas a cabo en diferentes partes del mundo, se encontró que en países que habían recibido educación formal de diferente tipo como América Latina, El Caribe, Asia Oriental, El Pacífico, Europa Oriental y Asia central presentaban diferencias en la duración de la lactancia, mientras que países de Medio Oriente y África del Norte no presentaban tantas desigualdades, por lo que la duración de la lactancia era similar<sup>36</sup>.

Un estudio realizado en madres primerizas de edad joven en Kenia mostró que solo la mitad de las madres consiguieron terminar la escuela primaria, pero todas tenían intención de dar lactancia materna durante los primeros seis meses<sup>25</sup>.

En Asia, concretamente, en Bangkok, se encontró que aquellas madres residentes en esta ciudad con un mayor nivel educativo y de ingresos tenían más probabilidades de practicar con éxito la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, mientras que las madres primerizas o con poca experiencia en lactancia tenían una menor probabilidad de mantenerla hasta los primeros seis meses<sup>37</sup>.

##### *Impacto del nivel de ingresos familiar y del país para la práctica y la duración de la lactancia materna*

En estudios llevados a cabo en Gambia, se encontró que las condiciones económicas de los hogares influían en la práctica de lactancia materna. En hogares de ingresos altos, las madres podían acceder a congeladores especiales para almacenar la leche si lo necesitaban, mientras que en los hogares de ingresos bajos debían recurrir a crear bloques de hielos suficientes para almacenar la leche o envolverla en paños húmedos cubiertos de tierra húmeda<sup>29</sup>.

Las madres refugiadas sirias que tenían mejores situaciones financieras querían que sus hijos tuvieran un mayor peso, es por eso que, algunas de ellas utilizaban como complemento a

la lactancia, las fórmulas artificiales. Sin embargo, aquellas que tenían una situación financiera más comprometida se veían obligadas a trabajar fuera de casa, reduciendo el periodo de lactancia <sup>21</sup>.

En estudios indonesios comparativos con Nepal, se encontró que las madres de familias ricas solían seguir las recomendaciones de lactancia, pero no la prolongaban a diferencia de las familias pobres <sup>35</sup>.

## Discusión y conclusiones

Este proyecto demuestra que las actitudes respecto a la lactancia materna difieren a nivel cultural. Países como Arabia Saudí, tienen una actitud más proactiva hacia la lactancia, sin embargo, en otras comunidades, como en Gambia, tienen tradiciones que influyen en esta práctica.

Por otro lado, se ha podido estudiar, que existen una serie de factores negativos que condicionan el periodo de lactancia, como es el retorno al trabajo, afectando a algunos países, como Arabia Saudí o Nueva Guinea. Asimismo, las normas sociales y culturales también condicionan las prácticas de lactancia, como ocurre en las Islas Marshall y Kinshasa. Por último, ciertas influencias familiares, sociales y económicas resultan ser significativamente importantes en mujeres sirias refugiadas en Turquía, así como en mujeres de Ghana y Nueva Guinea.

En términos generales, todos los países estudiados reconocen la importancia del acceso a la educación en materia de lactancia materna. El personal sanitario cuenta con un papel fundamental en la promoción de esta práctica, por ello se defiende la necesidad de una mejor formación de estos profesionales.

En lo que se refiere a la influencia del nivel de desarrollo de un país y el nivel educativo en las prácticas de lactancia materna, se ha podido observar que existen diferencias significativas. En países como Indonesia, las madres con ingresos más altos tienden a dejar de dar lactancia de manera temprana, a diferencia de otros países como Gambia con un nivel de desarrollo más bajo.

Por otra parte, tras realizar comparaciones entre las recomendaciones de la guía de práctica clínica de atención en el embarazo y el puerperio del Ministerio de Sanidad español y las herramientas de promoción de la lactancia recogidas en este proyecto, se ha demostrado que una educación sobre la lactancia permite que una proporción importante de mujeres inicien esta práctica <sup>38</sup>. Esta estrategia fue demandada en las entrevistas realizadas al personal sanitario

de la ciudad de Accra, en Ghana y de Turquía <sup>21,26</sup>.

Respecto a la asistencia por pares, una medida en la que mujeres con experiencias positivas con la lactancia aconsejan a otras mujeres en periodo de amamantamiento, recomendada en esta guía de práctica clínica, es una práctica integrada en el programa "Breastfeeding Heritage and Pride", enfocado en poblaciones con ingresos bajos y minorías raciales de Connecticut y Massachusetts <sup>34</sup>. También se puede destacar que el 46% de las madres de la comunidad rural Navajo de Utah, fue animado a utilizar el chupete <sup>32</sup>. Esto contrasta con las recomendaciones de esta guía, que afirman que el chupete no presenta ningún beneficio.

También son de suma importancia las recomendaciones del informe "Maternidad y Salud: Ciencia, Conciencia y Experiencia", entre las que podemos destacar la iniciación temprana de la lactancia dentro de la primera hora de nacimiento <sup>39</sup>, una práctica que se lleva a cabo en mujeres de Arabia Saudí <sup>17</sup> y las mujeres kenianas que parían en sus casas <sup>25</sup>. Los países que mayores tasas de lactancia materna dentro de la primera hora tenían son Darussalam, Omán y Luxemburgo, mientras que las tasas más bajas se dieron en Kuwait, Italia y Corea <sup>28</sup>.

Como última recomendación a destacar, la exclusividad de la lactancia materna <sup>39</sup>, que en general, suele comenzar de manera exclusiva en la mayoría de los países, hasta evolucionar a lactancia materna no exclusiva.

Por otro lado, en este proyecto no se encontraron muchas dificultades a la hora de realizar la búsqueda de estudios, pues no existía la necesidad de excluir ningún tipo de cultura. Todos los estudios se pudieron evaluar con CASPe y STROBE y todos fueron aceptados, a excepción de uno de ellos. La selección de los estudios destaca tanto en calidad como en cantidad, permitiendo así obtener una gran fuente de información relacionada con las prácticas de lactancia materna, las técnicas de promoción y la influencia del nivel de desarrollo en cada país. Los objetivos fueron realistas y pertinentes y la selección de estudios fue actualizada y de un tipo adecuado, gracias en gran parte a la estrategia de búsqueda y el uso de operadores adecuados.

Sin embargo, la evaluación se vio afectada al no tener demasiadas experiencias previas con las herramientas utilizadas. Las bases de datos elegidas finalmente fueron en PUBMED y WOS dónde se consiguió encontrar suficientes estudios de calidad. Por otra parte, los criterios de este proyecto excluyen a madres con patologías, de las cuales existían variedad de estudios interesantes. Es importante recalcar la

necesidad de haber buscado en más idiomas. Por último, se han encontrado dificultades para catalogar a un país como subdesarrollado o no, ya que en cada estudio se comprendía que un país se podía considerar con pocos recursos, pero existir ciertas zonas con grandes ingresos y un nivel educativo alto.

Este proyecto resulta ser de gran relevancia, pues sus resultados pueden influir positivamente en la promoción de la salud de las madres y los bebés. Se puede destacar la importancia de conocer cuáles son los posibles factores económicos, culturales y educativos que pueden afectar a las prácticas de lactancia materna. Además, permite tener una visión global de cómo factores como las creencias religiosas, el nivel educativo, el nivel de ingresos y las políticas de salud pueden influir en esta práctica.

A pesar de esto, existe una necesidad de profundizar en este tema. Sin embargo, existen diferentes culturas en las que prevalecen las tradiciones. Es necesario comprender, que dada la diversidad cultural, se deben diseñar intervenciones que promuevan la lactancia, adaptadas desde el respeto a las diferentes culturas.

Tras profundizar en esta temática, se ha reflexionado que se podrían realizar estudios que investigen las posibles influencias religiosas en la lactancia materna, un tema que ha tenido importancia en este proyecto. Por otro lado, resultaría de gran relevancia estudiar la influencia de la publicidad y comercialización de la leche de fórmula en la lactancia materna.

En conclusión, es evidente que las prácticas de lactancia materna se ven influenciadas significativamente por aspectos culturales, religiosos, educativos y socioeconómicos, así como las políticas y programas de promoción de la lactancia. Existen ciertas actitudes positivas, respaldadas por creencias tradicionales y religiosas, y negativas, como la falta de apoyo institucional, el retorno al trabajo y la comercialización de fórmulas infantiles. Finalmente, destacar que el papel de los profesionales de salud y el nivel de desarrollo de cada país incide de manera significativa en las decisiones relacionadas con esta práctica.

## Bibliografía

1. Lactancia materna [Internet]. [citado 3 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding>
2. Penugonda AJ, Rajan RJ, Lionel AP, Kompithra RZ, Jeyaseelan L, Mathew LG. Impact of exclusive breast feeding until six months of age on common illnesses: A prospective observational study. *J Fam Med Prim Care*. abril de 2022;11(4):1482.
3. Ekholuenetale M, Okonji OC, Nzoputani CI, Barrow A. Inequalities in the prevalence of stunting, anemia and exclusive breastfeeding among African children. *BMC Pediatr*. 9 de junio de 2022;22(1):333.
4. Abdulla F, Hossain MM, Karimuzzaman M, Ali M, Rahman A. Likelihood of infectious diseases due to lack of exclusive breastfeeding among infants in Bangladesh. *PLOS ONE*. 16 de febrero de 2022;17(2):e0263890.
5. Wiciński M, Sawicka E, Gębalski J, Kubiak K, Malinowski B. Human Milk Oligosaccharides: Health Benefits, Potential Applications in Infant Formulas, and Pharmacology. *Nutrients*. 20 de enero de 2020;12(1):266.
6. Lyons KE, Ryan CA, Dempsey EM, Ross RP, Stanton C. Breast Milk, a Source of Beneficial Microbes and Associated Benefits for Infant Health. *Nutrients*. 9 de abril de 2020;12(4):1039.
7. Lokossou GAG, Kouakanou L, Schumacher A, Zencussen AC. Human Breast Milk: From Food to Active Immune Response With Disease Protection in Infants and Mothers. *Front Immunol*. 5 de abril de 2022;13:849012.
8. Berger B, Porta N, Foata F, Grathwohl D, Delley M, Moine D, et al. Linking Human Milk Oligosaccharides, Infant Fecal Community Types, and Later Risk To Require Antibiotics. *mBio*. 17 de marzo de 2020;11(2):e03196-19.
9. Hossain S, Mahrshahi S. Exclusive Breastfeeding and Childhood Morbidity: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 10 de noviembre de 2022;19(22):14804.
10. Pochet MS. Lactancia Materna: Iniciación, beneficios, problemas y apoyo: Iniciación, beneficios, problemas y apoyo. *Rev Cienc Salud Integrando Conoc*. 11 de septiembre de 2020;4(5):ág. 105-117.
11. Douglas P. Re-thinking lactation-related nipple pain and damage. *Womens Health Lond Engl*. 2022;18:17455057221087865.
12. Quesada JA, Méndez I, Martín-Gil R. The economic benefits of increasing breastfeeding rates in Spain. *Int Breastfeed J*. 4 de mayo de 2020;15(1):34.
13. 13. Pezley L, Cares K, Duffecy J, Koenig MD, Maki P, Odoms-Young A, et al. Efficacy of behavioral interventions to improve maternal mental health and breastfeeding outcomes: a systematic review. *Int Breastfeed J*. 5 de septiembre de 2022;17(1):67.
14. Yalçın SS, Demirtaş MS, Yalçın S. Breastfeeding While Pregnant: A Country-Wide Population Study. *Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med*. octubre de 2021;16(10):827-34.
15. GBoS GB of S, ICF. The Gambia Demographic and Health Survey 2019-20. 15 de marzo de 2021 [citado 9 de abril de 2024]; Disponible en: <https://dhsprogram.com/publications/publication-FR369-DHS-Final-Reports.cfm>
16. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. 2023 [citado 9 de abril de 2024]. Facts About Nationwide Breastfeeding Goals. Disponible en: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/facts.html>
17. Saudi Women's Breastfeeding Knowledge, Attitude, and Practices: A Systematic Review and Meta-analysis - Salma Alahmed, Shahla Meedya, Abbas Al Mutair, Ritin Fernandez, 2023 [Internet]. [citado 1 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://journals--sagepub--com.uma.debiblio.com/doi/full/10.1177/10436596221129228>

18. Ayers BL, Purvis RS, Bogulski CA, Reece S, CarlLee S, Kim Yeary KH, et al. «It's Okay With Our Culture but We're in a Different Place and We Have to Show Respect»: Marshallese Migrants and Exclusive Breastfeeding Initiation. *J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc*. noviembre de 2022;38(4):732-9.
19. Pithia N, Dong A, Grogan T, Govardhan S, Calkins KL. Race and Ethnicity and Exclusive Breastfeeding Success. *Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med*. mayo de 2021;16(5):402-6.
20. Ozkaya M, Korukcu O, Aune I. Breastfeeding attitudes of refugee women from Syria and influencing factors: a study based on the transition theory. *Perspect Public Health*. enero de 2022;142(1):46-55.
21. Yalçın SS, Erat Nergiz M, Elci ÖC, Zikusooka M, Yalçın S, Sucakli MB, et al. Breastfeeding practices among Syrian refugees in Turkey. *Int Breastfeed J*. 14 de febrero de 2022;17(1):10.
22. Quintero SM, Strassle PD, Londoño Tobón A, Ponce S, Alhomsi A, Maldonado AI, et al. Race/ethnicity-specific associations between breastfeeding information source and breastfeeding rates among U.S. women. *BMC Public Health*. 17 de marzo de 2023;23(1):520.
23. Eilers MA, Hendrick CE, Pérez-Escamilla R, Powers DA, Potter JE. Breastfeeding Initiation, Duration, and Supplementation Among Mexican-Origin Women in Texas. *Pediatrics*. abril de 2020;145(4):e20192742.
24. Gyamfi A, O'Neill B, Henderson WA, Lucas R. Black/African American Breastfeeding Experience: Cultural, Sociological, and Health Dimensions Through an Equity Lens. *Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med*. febrero de 2021;16(2):103-11.
25. Talbert A, Jones C, Mataza C, Berkley JA, Mwangome M. Exclusive breastfeeding in first-time mothers in rural Kenya: a longitudinal observational study of feeding patterns in the first six months of life. *Int Breastfeed J*. 5 de marzo de 2020;15(1):17.
26. Agyekum MW, Codjoe SNA, Dake FAA, Abu M. Enablers and inhibitors of exclusive breastfeeding: perspectives from mothers and health workers in Accra, Ghana. *Int Breastfeed J*. 21 de marzo de 2022;17(1):21.
27. Maviso MK, Ferguson B, Kaforau LM, Capper T. A qualitative descriptive inquiry into factors influencing early weaning and breastfeeding duration among first-time mothers in Papua New Guinea's rural eastern highlands. *Women Birth J Aust Coll Midwives*. febrero de 2022;35(1):e68-74.
28. Vaz JS, Maia MFS, Neves PAR, Santos TM, Vidaletti LP, Victora C. Monitoring breastfeeding indicators in high-income countries: Levels, trends and challenges. *Matern Child Nutr*. julio de 2021;17(3):e13137.
29. Sosseh SAL, Barrow A, Lu ZJ. Cultural beliefs, attitudes and perceptions of lactating mothers on exclusive breastfeeding in The Gambia: an ethnographic study. *BMC Womens Health*. 13 de enero de 2023;23(1):18.
30. Li Q, Tian J, Xu F, Binns C. Breastfeeding in China: A Review of Changes in the Past Decade. *Int J Environ Res Public Health*. 7 de noviembre de 2020;17(21):8234.
31. Wood FE, Gage AJ, Bidashimwa D. Insights on exclusive breastfeeding norms in Kinshasa: findings from a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 6 de octubre de 2020;20(1):586.
32. Brown LL, Talker R, Stoddard GJ, Clayton J, Millar MM, Jo Y, et al. Breastfeeding Attitudes and Practices in a Rural Utah Navajo Community. *Matern Child Health J*. febrero de 2022;26(2):397-406.
33. Hernández-Cordero S, Pérez-Escamilla R, Zambrano P, Michaud-Létourneau I, Lara-Mejía V, Franco-Lares B. Countries' experiences scaling up national breastfeeding, protection, promotion and support programmes: Comparative case studies analysis. *Matern Child Nutr*. mayo de 2022;18 Suppl 3:e13358.
34. Rhodes EC, Damio G, LaPlant HW, Trymbulak W, Crummett C, Surprenant R, et al. Promoting equity in breastfeeding through peer counseling: the US Breastfeeding Heritage and Pride program. *Int J Equity Health*. 27 de mayo de 2021;20:128.
35. Nurokhmah S, Rahmawaty S, Puspitasari DI. Determinants of Optimal Breastfeeding Practices in Indonesia: Findings From the 2017 Indonesia Demographic Health Survey. *J Prev Med Public Health Yebang Uihakhoe Chi*. marzo de 2022;55(2):182-92.
36. Neves PAR, Barros AJD, Gatica-Dominguez G, Vaz JS, Baker P, Lutter CK. Maternal education and equity in breastfeeding: trends and patterns in 81 low- and middle-income countries between 2000 and 2019. *Int J EQUITY Health*. 7 de enero de 2021;20(1):20.
37. Topothai C, Topothai T, Suphanchaimat R, Patcharanarumol W, Putthasri W, Hangchaowanich Y, et al. Breastfeeding Practice and Association between Characteristics and Experiences of Mothers Living in Bangkok. *Int J Environ Res Public Health*. 26 de julio de 2021;18(15):7889.
38. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Año de edición: 2014. NIPO: 680-13-122-7
39. Alba Romero C, Aler Gay I, Olza Fernández I. Maternidad y Salud: Ciencia, Conciencia y Experiencia [Internet]. [citado 4 de mayo de 2024]. 2011 Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/maternidadSaludCiencia.pdf>